

## Penerapan *Rational Emotif Behavior Therapy (REBT)* Untuk Mengatasi Depresi Pada Ketergantungan Cannabis Di Rumah Sakit Umum Pengayoman Cipinang Jakarta Timur

Rilla Sovitriana<sup>1</sup>, Susan Rahmayani<sup>2</sup>  
[rilla.sovitriana@gmail.com](mailto:rilla.sovitriana@gmail.com)<sup>1</sup>, [coachsausan@gmail.com](mailto:coachsausan@gmail.com)<sup>2</sup>

Fakultas Psikologi Universitas Persada Indonesia YAI

### Abstrak

Pemulihan ketergantungan cannabis tidak mudah. Selain hidup bersih (*clean*) tanpa menggunakan cannabis untuk seterusnya, tantangan lainnya yaitu mengikuti kegiatan terprogram dan disiplin dalam keseharian. Apabila proses rehabilitasi pemulihan ketergantungan cannabis ini tidak dimaknai positif maka individu akan mengalami depresi yaitu gangguan perasaan (*mood disorder*), ditandai dengan gejala kurang minat melakukan kegiatan, sulit tidur, keraguan/ketidakyakinan, kehilangan kesenangan positif, perasaan bersalah berlebihan. Subyek penelitian berusia 36 tahun memenuhi kriteria diagnostik dalam DSM-IV TR gangguan depresi dan menjalani pemulihan ketergantungan cannabis. Mengatasi kasus depresi, subyek dibantu terapi *Rational Emotif Behavior Therapy (REBT)* yang dilakukan sebanyak 10 sesi. Teknik analisa data menggunakan *pattern matching* dan analisa hasil perkembangan. Hasil pengukuran depresi menggunakan BDI-II dalam bentuk *pre-test* dan *post-test* menghasilkan temuan mengalami penurunan depresi, semula garis batas depresi berat kemudian menurun.

**Kata kunci:** Gangguan Depresi, *Rational Emotive Behavior Therapy*, Ketergantungan Cannabis.

### Abstract

Recovery of cannabis dependence is not easy. In addition to clean life without using cannabis forever, another challenge is taking part in programmed activities and daily discipline. If the rehabilitation process for the recovery of cannabis dependence is not interpreted positively, the individual will experience a minor depression, namely mood disorder, characterized by symptoms of lack of interest in activities, insomnia, doubt / uncertainty, loss of positive pleasure, excessive guilt. 36-year-old study subjects met diagnostic criteria in TR DSM-IV depressive disorder and underwent recovery of cannabis dependence. Subject depression was assisted with Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) which were conducted in 10 sessions. Data analysis techniques use pattern matching and analysis of development results. The results of measurement of depression using BDI-II in the form of pre-test and post-test resulted in a decrease in depression findings, initially the depression major to normal.

**Keywords:** Depressive Disorders, Rational Emotive Behavior Therapy Cognitive Cannabis Dependence.

## A. LATAR BELAKANG MASALAH

Badan Narkotika Nasional (BNN) menyebutkan bahwa pengguna narkoba di Indonesia pada tahun 2017 mencapai 3,3 juta orang atau sebanyak 1,77% dari total penduduk Indonesia usia produktif akan menjadi ancaman besar bagi bonus demografi Indonesia tahun 2020 – 2030.

Diantara faktor penyebab ketergantungan seperti faktor internal yang diketahui memiliki pengaruh yakni depresi dan gangguan kecemasan (Bradizza, 2006). Pendapat ini diperkuat oleh Kaplan dan Sadock (1997) yang menyatakan bahwa gejala depresi sering ditemukan di antara orang-orang dengan penyalahgunaan zat atau ketergantungan zat.

Depresi menurut Hawari (2010) merupakan gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective/mood disorder*) ditandai dengan gejala kemurungan, kelesuan, tidak ada gairah hidup, merasa tidak berguna, kekecewaan yang mendalam, rasa putus asa, pikiran kematian, dan keinginan bunuh diri.

Untuk mengatasi hal tersebut dilakukan intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) yang menurut Krauss & Susan, (2009) teknik kognitif perilaku digunakan untuk membantu klien memodifikasi pikiran, harapan, dan perilaku mereka yang terkait dengan penggunaan narkoba.

Berdasarkan gambaran latar belakang masalah di atas, disimpulkan bahwa model psikologis ketergantungan cannabis adalah buah dari pikiran negatif mengenai masalah atau situasi yang dihadapi dengan gejala-gejala depresi yang ditampilkan selama dua minggu berturut-turut.

## B. Pertanyaan Penelitian

Apakah penerapan REBT mampu mengatasi depresi pada Ketergantungan Cannabis di Rumah Sakit Pengayoman Cipinang Jakarta Timur?

## C. Rumusan Permasalahan

Perumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran klinis depresi pada Ketergantungan Cannabis di Rumah Sakit Umum Pengayoman Cipinang Jakarta Timur?
2. Bagaimana hasil penerapan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) untuk mengatasi depresi pada Ketergantungan Cannabis di Rumah Sakit Umum Pengayoman Cipinang Jakarta Timur?

## D. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini, antara lain:

1. Mengetahui gambaran klinis depresi pada Ketergantungan Cannabis di Rumah Sakit Umum Pengayoman Cipinang Jakarta Timur.
2. Mendapatkan hasil penerapan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) untuk mengatasi depresi pada Ketergantungan Cannabis di Rumah Sakit Umum Pengayoman Cipinang Jakarta Timur.

## E. Gambaran Depresi pada Ketergantungan Cannabis

### 1. Pengertian

Berdasarkan bukti-bukti (Sullivan dalam Davison, Neal, & Kring 2004) yang terkumpul, beberap efek psikologis yang berhubungan dengan penggunaan *cannabis* termasuk berbagai perubahan emosi dan kemampuan atensional. Ketergantungan *cannabis* yaitu pola penggunaan kompulsif atau ketergantungan psikologis dari pada ketergantungan fisiologis. *Association Psychologist American* dalam Davison dkk (2014) mendefinisikan depresi sebagai gangguan ditandai oleh kondisi emosi sedih dan muram serta terkait dengan gejala-gejala kognitif, fisik dan interpersonal. Temuan lain menjelaskan depresi antara lain:

#### a) Teori Interpersonal

Pada individu depresi cenderung memiliki sedikit jaringan sosial dan

menganggap jaringan sosial hanya memberikan sedikit dukungan (Davison dkk, 2014). Data menunjukkan perilaku orang depresi menimbulkan penolakan (Davison dkk, 2014). Beberapa studi menunjukkan perilaku non-verbal orang depresi menyebabkan: berbicara sangat lambat, dengan banyak jeda dan keengganan, keterbukaan diri negatif, lebih banyak afek negatif, jarang melakukan kontak mata, serta lebih banyak ekspresi wajah negatif (Field dkk, dalam Davison dkk, 2014).

#### b) Teori Kognitif

Dalam REBT dibahas berbagai pola pikir dan keyakinan dianggap sebagai faktor utama yang mempengaruhi kondisi emosional. Menurut Beck (dalam Lubis, 2009) depresi cenderung menyalahkan diri sendiri disebabkan distorsi kognitif terhadap diri sendiri dan lingkungan, sehingga dalam evaluasi diri dan interpretasi hal kejadian cenderung mengambil kesimpulan berpandangan negatif. Pada masa kanak-kanak dan remaja, orang depresi mengembangkan skema negatif, yaitu kecenderungan untuk melihat lingkungan secara negatif.

Klasifikasi berbeda mengenai depresi dijelaskan dalam DSM IV-TR (2000), depresi dibagi menjadi tiga bagian besar, yaitu: gangguan depresi mayor/*major depressive disorder* (MDD), distimia, dan depresi yang tidak terklasifikasikan dan memisahkan gangguan depresi ini dengan gangguan bipolar. Gejala khas pada depresi minor: tidak pernah terjadi episode depresi mayor, dan kriteria tidak termasuk dalam *dysthymic disorder*. Selain itu, tidak pernah terjadi episode *manic*, episode campuran, atau episode *hipomanic* dan kriteria tidak termasuk dalam *cyclothymic disorder*.

Berdasarkan paparan di atas, depresi merupakan gangguan perasaan (*mood*) ditandai kemurungan, kesedihan mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya gairah hidup, apatis, dan pesimis diikuti gangguan

perilaku yang mempunyai kumpulan gejala yang mirip dengan gangguan depresi mayor maupun gangguan depresi *dysthymic*, namun hanya berlangsung singkat.

Depresi yang dialami individu dalam ketergantungan cannabis berpengaruh pada ketidakmampuan mengatasi tekanan dari dalam diri juga dari luar, apabila tidak diatasi dengan tepat maka akan meningkat menjadi depresi mayor karena lamanya fase depresi ataupun gejala-gejala lain yang termasuk dalam depresi mayor.

## 2. Etiologi

Menurut beberapa penelitian yang telah dilakukan, depresi disebabkan oleh banyak faktor yang berpengaruh antara lain:

a. Faktor biologis, banyak penelitian menjelaskan adanya abnormalitas biologis pada pasien dengan gangguan mood, *monoamine neurotransmitter* seperti *norepinephrine*, *dopamine*, *serotonin*, dan *histamine* merupakan teori utama yang menyebabkan gangguan mood (Kaplan, et al, 2010).

b. *Norepinephrine*, berdasarkan penelitian dikatakan bahwa penurunan regulasi atau penurunan sensitivitas dari reseptor  $\alpha_2$  *adrenergik* dan penurunan respon terhadap antidepressan berperan dalam terjadinya gangguan depresi (Kaplan, et al, 2010).

c. *Serotonin*, penurunan jumlahnya mencetuskan gangguan depresi. Penggunaan obat-obatan yang bersifat serotonergik pada depresi dan efektifitas obat-obatan tersebut berkaitan antara gangguan depresi dengan kadar *serotonin* (Rottenberg, 2010).

d. Faktor *neuroendokrin*, sistem neuroendokrin meregulasi hormon penting berperan pada gangguan mood, mempengaruhi fungsi dasar: gangguan tidur, makan, seksual, ketidakmampuan mengungkapkan perasaan senang. Tiga

komponen dalam sistem neuroendokrin: hipotalamus, kelenjar pituitari, dan korteks adrenal bekerja sama dalam *feedback* biologis yang berkoneksi dengan sistem limbik dan korteks serebral (Kaplan, et al, 2010).

e. Abnormalitas otak, studi *neuroimaging*, menggunakan *computerized tomography* (CT) scan, *positron-emission tomography* (PET), dan *magnetic resonance imaging* (MRI) menemukan abnormalitas pada 4 area otak: *korteks prefrontal*, *hippocampus*, *korteks cingulate anterior*, dan *amygdala*. Adanya reduksi dari aktivitas metabolik dan reduksi volume dari *graymatter* pada korteks prefrontal, secara partikular pada bagian kiri, ditemukan pada individu dengan depresi berat atau gangguan bipolar (Kaplan, et al, 2010).

### 3. Gejala

Adapun lebih lanjut mengenai gejala-gejala pada depresi minor dijelaskan dalam DSM IV-TR (2000), antara lain:

- a. Gangguan suasana hati, seperti berikut:
  - 1) Setidaknya dua (tapi tidak lebih dari lima) dari gejala berlangsung selama dua minggu dan menggambarkan perubahan fungsi dari yang sebelumnya, paling sedikit satu dari gejala yang ada :
    - a) Depresi hampir sepanjang hari seperti dilihat pada laporan subjektif
    - b) Minat atau kesenangan dalam semua hal sangat berkurang pada kegiatan hampir sepanjang hari, (seperti dilihat pada laporan subjektif atau observasi oleh orang lain).
    - c) Penurunan berat badan yang signifikan atau peningkatan berat badan atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari.
    - d) Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.

- e) Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif kegelisahan atau menjadi melambat).
- f) Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
- g) Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak tepat hampir setiap hari
- h) atau berkonsentrasi menurun atau ragu-ragu, hampir setiap hari
- i) Memikirkan tentang kematian secara berulang-ulang, ide bunuh diri berulang tanpa rencana spesifik, atau usaha bunuh diri atau rencana spesifik untuk melakukan bunuh diri.

- 2) Gejala-gejala klinis yang signifikan menyebabkan stres atau tekanan sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya.
- 3) Gejala lain yang tidak disebabkan oleh efek psikologis langsung dari suatu zat (penyalahgunaan obat) atau kondisi medis umum (misalnya, hipotiroidisme).
- 4) Gejala lain yang terdapat pada rasa kehilangan.
- b. Tidak pernah terjadi episode depresif mayor, dan kriteria tidak termasuk dalam *dysthymic disorder*.
- c. Tidak pernah terjadi episode manic, episode campuran, atau episode hipomanic dan kriteria tidak termasuk dalam *cyclothymic disorder*. Catatan: pengecualian tidak berlaku jika episode seperti, manic, campuran, atau hipomanic karena zat atau pengobatan.
- d. Gangguan suasana hati tidak terjadi hanya selama *schizophrenia*, *schizophreniform disorder*, *schizoaffective disorder*, *delusional disorder* atau *psychotic disorder* atau yang lain yang tidak spesifik.

Adapun upaya untuk menurunkan tingkat depresi pada ketergantungan *cannabis* yang terjadi dilakukan dengan penerapan ***Rational Emotive Behavior Therapy***

(REBT) dengan mengembangkan pemahaman, sikap, keyakinan, dan perilaku yang tepat sehingga menghasilkan perilaku adaptif.

## **F. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)**

### **1. Pengertian REBT**

*Rational Emotive Behavior Therapy*(REBT) atau disebut dengan terapi perilaku kognitif dimulai pada tahun 1970-an, direpresentasikan dalam paradigma ABC dari A. Ellis tahun 1962, dimana A (*Antesenden*) merupakan beberapa kejadian eksternal, kejadian yang mencetuskan terbentuknya keyakinan atau kepercayaan yang salah. B (*Belief*) apa yang dipikirkan seseorang dalam hubungannya dengan A”, keyakinan atau kepercayaan seseorang berdasarkan kejadian yang mencetuskan dan C (*Consequence*) yang mempunyai arti respon emosional dan behavioral seseorang. Sesuai paradigma ABC, maka berarti B mengikuti A, dan C mengikuti B. Dengan demikian, pikiran sebagaimana tingkah laku dan emosi dipengaruhi oleh stimulus eksternal (Davison, dkk. 2014).

Selanjutnya Aaron T. Beck dan sejawatnya adalah ahli yang pertama kali mengembangkan terapi kognitif untuk depresi (dalam McGinn, 2000). *Beck Institute*(2016) REBT merupakan psikoterapi yang berlandaskan model kognitif, cara individu merasakan suatu situasi lebih erat hubungannya dengan reaksi mereka daripada situasi itu sendiri.

*Conceptualization* merupakan keyakinan dan strategi perilaku yang menjadi karakteristik gangguan yang spesifik. Selanjutnya *cognitive model*, yaitu cara individu merasakan suatu situasi lebih erat hubungannya dengan reaksi mereka daripada situasi itu sendiri. *Automatic thoughts* yaitu sebuah ide yang langsung muncul di dalam pikiran. REBT didasarkan gagasan bahwa keyakinan inti, pikiran, emosi, dan perilaku saling terkait.

Banyak penelitian (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2007) bahwa terapi REBT efektif untuk mengatasi depresi, hal itu dikarenakan REBT memiliki prinsip dasar antara lain: 1) prinsip kognitif, masalah psikologis merupakan hasil interpretasi dari sebuah kejadian, bukan kejadian itu sendiri. 2) prinsip perilaku, perilaku individu dapat sangat mempengaruhi pikiran dan emosinya. 3) prinsip kontinum, gangguan bukanlah suatu proses mental yang berbeda dengan proses mental normal, melainkan proses mental normal yang berlebihan hingga menjadi masalah. 4) prinsip *here-and-now*: berfokus pada proses masa kini daripada masa lalu. 5) prinsip sistem yang saling berinteraksi: melihat masalah sebagai interaksi dari pikiran, emosi, perilaku, fisiologi, dan lingkungan yang dimiliki individu. 6) prinsip empiris: penting untuk mengevaluasi teori dan terapi secara empiris.

### **2. Langkah-langkah Intervensi**

Menurut teori REBT yang dikemukakan oleh Aaron T. Beck (Oemarjoedi, 2003), terapi *cognitive behavior* memerlukan sedikitnya 10 sesi pertemuan. Berikut akan disajikan proses terapi *cognitive behavior*: 1) sesi 1-2 berupa asesmen dan diagnosis, 2) sesi 2-3 merupakan pendekatan kognitif, 3) sesi 3-5 merupakan formulasi status, 4) sesi 4-10 merupakan fokus terapi, 5) sesi 5-7 merupakan intervensi tingkah laku, 6) sesi 8-10 merupakan perubahan *core beliefs*. memiliki asumsi yang didasari prinsip *constructivism*, yaitu bahwa setiap orang membuat realitanya sendiri (apa yang real dan bermakna baginya) (Spiegler & Guevremont, 2003). Terapis melakukan *socratic dialogue* untuk rekognisi terhadap *dysfunctional beliefs*, dengan bertanya serangkaian pertanyaan serta mengarahkan individu agar merekognisi *dysfunctional beliefs* dan *automatic thought*.

Terdapat tiga level kognisi dalam terapi REBT antara lain: keyakinan negative (*core belief*) mengenai diri sendiri maupun orang lain dan dunia, kedua *conditional dysfunctional assumptions* berupa *rules* dan *assumptions*. Ketiga *negative automatic thoughts* berupa *biased expectations* dan *negative self evaluation* ditulis perhari dalam satu minggu lalu dibuat penilaian kesenangan dan penguasaan dengan skala nol hingga 100% mengkonstruksikan tugas bertingkat, menjadwalkan tugas-tugas yang mudah bertahap menjadi lebih rumit dan menantang.

## **G. Subyek Penelitian dan Karakteristiknya**

### **1. Subjek Penelitian**

Subyek dalam penelitian ini adalah satu orang, peneliti berfokus untuk menurunkan depresi minor dengan penerapan REBT.

### **2. Kriteria Subjek Penelitian**

Subyek penelitian yang dipilih dalam penelitian ini memiliki kriteria sebagai berikut:

- a. Individu dengan ketergantungan cannabis yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Umum Pegayoman Cipinang Jakarta dengan usia dewasa, minimal 21 tahun.
- b. Bersedia menjadi subyek dan mau terlibat dalam proses terapi.
- c. Mengalami depresi ditandai dengan gejala antara lain:
  - a) Gangguan suasana hati, seperti berikut:
    - 1) Setidaknya dua (tapi tidak lebih dari lima) dari gejala berlangsung selama dua minggu dan menggambarkan perubahan fungsi dari yang sebelumnya, paling sedikit satu dari gejala yang ada :
    - (a) Depresi hampir sepanjang hari dan hampir setiap hari, seperti dilihat pada laporan subjektif (misalnya, merasa sedih atau kosong) atau observasi yang dibuat oleh orang lain

(misalnya, tampak berurai air mata). Catatan pada anak-anak dan remaja, dapat mudah tersinggung.

- (b) Minat atau kesenangan dalam semua hal sangat berkurang pada kegiatan hampir sepanjang hari, hampir setiap hari (seperti dilihat pada laporan subjektif atau observasi oleh orang lain).
  - (c) Penurunan berat badan yang signifikan atau peningkatan berat badan (misalnya, perubahan lebih dari 5 % dari berat badan dalam sebulan), atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari. Catatan : pada anak-anak, pertimbangkan kegagalan untuk meningkatkan berat badan.
  - (d) Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
  - (e) Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif kegelisahan atau menjadi melambat).
  - (f) Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
  - (g) Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak tepat (yang mungkin khayalan) hampir setiap hari (bukan hanya menyalahkan diri sendiri atau merasa bersalah sehingga menjadi sakit).
  - (h) Kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi menurun atau ragu-ragu, hampir setiap hari.
  - (i) Memikirkan kematian secara berulang-ulang (tidak hanya takut mati), ide bunuh diri berulang tanpa rencana spesifik, atau usaha bunuh diri atau rencana spesifik untuk melakukan bunuh diri.
- 2) Gejala-gejala klinis yang signifikan menyebabkan stres atau tekanan sosial, pekerjaan atau fungsi-fungsi bidang-bidang penting lainnya.

3) Gejala lain yang tidak disebabkan oleh efek psikologis langsung dari suatu zat (misalnya penyalahgunaan obat) atau kondisi medis umum (misalnya: hipotiroidisme).

4) Gejala lain yang terdapat pada rasa kehilangan (misalnya, reaksi normal karena kehilangan orang yang dicintai.

b) Tidak pernah terjadi episode mayor depresif, dan kriteria tidak termasuk dalam *dysthymic disorder*.

c) Tidak pernah terjadi episode *manic*, episode campuran, atau episode hipomanic dan kriteria tidak termasuk dalam *cyclothymic disorder*. Catatan: pengecualian tidak berlaku jika episode seperti, manic, campuran, atau hipomanic karena zat atau pengobatan.

d) Gangguan suasana hati tidak terjadi hanya selama *schizophrenia*, *schizophreniform disorder*, *schizoaffective disorder* *delusional disorder* atau *psychotic disorder* atau yang lain yang tidak spesifik.

## H. Keluhan dan Riwayat Keluhan

M merupakan seorang laki-laki yang berusia 36 tahun, Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) Gunung Sindur ke Rumah Sakit Umum Pengayoman Cipinang untuk menjalani perawatan. Pada tanggal 11 September 2019, M dibawa ke RSU Pengayoman Cipinang. Subjek dirawat karena diare, demam, sakit kepala, mual, muntah, perut membesar / bengkak. Sebelumnya subjek telah dirawat sejak tanggal 22 Agustus 2019 di poliklinik Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Gunung Sindur, Cibinong namun tidak menunjukkan perubahan maka kemudian dibawa ke RSU Pengayoman Cipinang.

Pertama kali menggunakan narkoba pada SMA diberikan oleh temannya di sekolah pada saat jam sekolah bersama dengan teman-teman sekolahnya.

Dengan menggunakan narkoba diakui subyek mampu memperbaiki suasana hatinya yang sering sedih juga alasan ekonomi keluarganya.

## I. Prosedur Evaluasi

Untuk mengetahui latar belakang kehidupan subyek dan menganalisa sisi psikologis. Maka dilakukan serangkaian wawancara, observasi, pemeriksaan psikologis, intervensi REBT dan evaluasi.

Pemeriksaan psikologi, evaluasi dan intervensi dilakukan pada tanggal 21 Oktober 2019 sampai dengan tanggal 06 November 2019 di Rumah Umum Pengayoman Cipinang, Jakarta.

## J. Anamnesa

M seorang laki-laki berusia 36 tahun pendidikan terakhir SMA, anak ketiga dari lima bersaudara, merupakan warga binaan pemasyarakatan (WBP) dari Lapas Gunung Sindur, Cibinong.

Berhasil menyelesaikan SMA namun tidak melanjutkan kuliah karena terbentur biaya, kemudian mencari kerja dan langsung mendapat pekerjaan sebagai juru parkir di salah satu manajemen parkir apartemen, kemudian menikah serta tinggal di rumah orang tua subjek. Setahun kemudian lahir seorang anak namun mengalami *unilateral cleft lip and palate* (sumbing dan langit-langit mulut kosong). Menurut subjek ia mulai mencari uang tambahan dengan cara memanipulasi data kendaraan sehingga menghasilkan kelebihan uang. Saat kantornya menemukan kecurangan tersebut subjek ditugaskan keluar kota. Namun isterinya menolak ikut pindah karena ia pun bekerja di Jakarta. Maka subjek memilih pindah kembali ke Jakarta.

Beberapa bulan melamar kerja yang sama sebagai manajer parkir namun tidak juga berhasil membuat M frustrasi. Pemasukan tidak menentu dan kecil sehingga saat diajak mendapat penghasilan besar dengan mengantarkan barang haram,

M langsung menerimanya. Sebagai pengedar dan pengguna diakui subjek mendapatkan perasaan percaya diri ketika bertemu dengan orang lain, dan tubuh merasa seperti segar. Namun ketika tidak menggunakan narkoba tubuh seperti pegal-pegal, kemudian perasaannya gelisah dan timbul perasaan bersalah.

#### **K. Alloanamnesa**

Berdasarkan alloanamnesa dengan dokter, saat pertama kali masuk rumah sakit umum Pegayoman, kondisi kesehatannya dalam keadaan buruk, M mengeluh kesakitan dan berteriak-teriak ingin mati. Setelah mendapat perawatan intensif kondisinya mulai membaik M terlihat malas bergerak dan kurang inisiatif.

#### **L. Dugaan Sementara**

Saat M di dalam penjara istri dan anaknya tinggal dengan ibu kandung M. Saat ibunya membesuknya, ia menyampaikan isteri dan ibunya sering berselisih paham begitupun dengan adik perempuan M ditambah dengan ia tidak mampu memenuhi kebutuhan rumah tangga sehingga isterinya mengambil beberapa pekerjaan namun belum mampu mencukupi kebutuhan maka kemudian anak mereka diasuh oleh kakak subjek. Subjek merasakan sedih, emosi yang tidak stabil, suka menyendiri, dan tidak mau bergaul, merasa hidupnya sudah tidak ada artinya lagi, tidak mempunyai semangat untuk hidup. Pada tanggal 11 September 2019, M dibawa ke RSU Pengayoman Cipinang. Sebelumnya subjek telah dirawat sejak tanggal 22 Agustus 2019 di poliklinik Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Gunung Sindur, Cibinong namun tidak menunjukkan perubahan lalu dirujuk ke RSU Pengayoman Cipinang. Saat dirawat subjek beberapa kali menyampaikan ke teman di ruangrawat bahwa ia akan mengakhiri hidupnya bahkan ia juga mengajak teman agar bersamanya

mengakhiri hidup karena tidak tahan dengan kondisinya saat ini.

Sejalan pandangan tersebut, menurut Bradizza (2006), faktor internal yang memiliki pengaruh terhadap terjadinya depresi dan kecemasan. Hal itu terjadi karena konflik interpersonal, tekanan sosial, keinginan untuk menguji kendali diri dan adanya ketagihan atau “suges”.

Subyek memiliki fungsi kognitif pada penalaran abstrak berada pada garis batas bawah rata-rata, memiliki fungsi kognitif menonjol pada memahami rangkaian suatu permasalahan. Namun dalam melakukan kegiatan antusias, banyak bicara, dominan, impulsif dan agresif. Selain itu, subyek kerap mudah kecewa apabila dihadapkan pada permasalahan yang tidak sesuai dengan harapan, mudah putus asa dan kaku dikarenakan kurang mampu menghadapi lingkungan dengan baik.

Karakteristik yang dimiliki subyek apabila dicocokkan dengan profil individu yang mengalami depresi mengalami kesamaan. Sebagaimana dikemukakan Seligman (1993) depresi adalah emosi yang datang di tengah ketidakberdayaan, kegagalan individu dan datang saat individu berusaha untuk mendapatkan kekuasaan yang belum dapat direalisasikan.

#### **M. Diagnosis dan Prognosis**

##### **1. Diagnosis**

Aksis I : Gangguan Depresi

Aksis II : Kepribadian ambang

Aksis III: GEA (*gastroenteritis-akut*)

Aksis IV :

1. Problem dengan primary support group (masalah dengan kelompok pendukung primer) yaitu konflik dengan orang tua dan isteri

2. Masalah dengan pekerjaan, yaitu tidak adanya pekerjaan tetap yang menghasilkan.

Aksis V : GAF 70-61 (Beberapa simtom ringan al. mood yang tertekan dan insomnia ringan, beberapa kesulitan



ringan dalam fungsi sosial, pekerjaan, namun secara umum berfungsi cukup baik, memiliki beberapa hubungan interpersonal yang bermakna).

## **2. Prognosis**

**Positif:** Sikap kooperatif dan keinginan memperbaiki kesalahan untuk menjadi lebih baik membuat prognosis positif. Subyek memerlukan dukungan dari orang lain dalam proses pemulihan.

## **N. Hasil Intervensi**

Setelah subyek mendapatkan 10 sesi terapi REBT secara berkesinambungan subyek mengalami perubahan ke arah yang lebih baik seperti kurang minat melakukan kegiatan menjadi antusias mengikuti setiap kegiatan, perilaku sulit tidur mulai dikendalikan menjadi waktu tidur yang normal, perilaku keragu-raguan/ketidakyakinan berangsur-angsur berubah menjadi sikap optimis, kehilangan kesenangan positif menjadi menemukan kesenangan positif, perasaan bersalah berlebihan menjadi perasaan bersalah sewajarnya.

## **O. Perkembangan Hasil Intervensi**

Subyek mengalami perubahan ke arah yang lebih baik dalam hal kurang minat melakukan kegiatan menjadi antusias mengikuti setiap kegiatan mulai berubah pada proses intervensi ke-4. Perilaku sulit tidur mulai dikendalikan menjadi waktu tidur yang normal secara konsisten pada proses intervensi ke-5. kehilangan kesenangan positif menjadi menemukan kesenangan positif pada proses intervensi ke-9. Perasaan keragu-raguan dan rasa bersalah berlebihan berubah pada proses intervensi ke 10.

## **Pembahasan**

Perilaku ketergantungan narkoba yang ditampilkan subyek merupakan bentuk kekecewaan terhadap lingkungan dan ketidakmampuan mengatasi permasalahan tersebut secara produktif, ia berpendapat

situasi keluarga, kebutuhan ekonomi membuatnya merasa frustrasi, sedih yang berkelanjutan, tidak teratasi lama-kelamaan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman di setiap harinya. Untuk mengatasi rasa tidak nyaman tersebut, subyek memilih menggunakan cannabis untuk mendapatkan rasa senang dan menghilangkan permasalahan yang terjadi.

Davila, Hammen, Burge, Paley, & Daley (1997) mengemukakan, individu depresi secara tidak sengaja membentuk dan memelihara pemikiran negatif yang berbeda akibat pengalaman yang pernah dilalui. Misalnya, seseorang yang telah mengembangkan keyakinan diri sebagai "pecundang", dan sebagai seseorang yang tidak dapat membentuk hubungan dekat, mungkin juga menghindari situasi sosial atau menolak kemajuan interpersonal.

Pandangan *behaviorisme* mengenai model diatesis stres ditinjau dari aspek kognitif (Monroe & Simons, 1991) mengemukakan bahwa stres yang tidak terselesaikan tersebut merupakan proses menuju depresi. Selanjutnya, banyak bukti penelitian yang menyebutkan bahwa depresi sering diprediksi disebabkan oleh kejadian kehidupan negatif yang signifikan.

Lebih lanjut mengenai depresi terkait kognitif dijelaskan Beck (Davison, 2014), yang menjelaskan individu depresi memiliki ciri pandangan negatif tentang lingkungan, berupa konsep-konsep negatif mengenai *self* dan dunia sebagai skema kognitif yang diadopsi saat kanak-kanak berdasar pengalaman-pengalaman belajar di masa awal. Bahkan kekecewaan kecil, kegagalan pribadi menjadi dibesarkan melampaui proporsinya, suatu kekecewaan kecil dapat menjadi kekalahan total (Nevid, dkk, 2005). Hal ini terkait dengan temuan hasil tes SSCT yang menemukan adanya konflik keluarga, lingkungan dan konsep diri yang ditampilkan subyek. Gejala yang ditampilkan subyek meliputi kehilangan kesenangan,

perasaan bersalah, kehilangan ketertarikan, perubahan pola tidur.

Subyek dibantu mengenali pikiran negatif dan mengubahnya menjadi positif didasari prinsip *constructivism*, bahwa setiap orang membuat realitanya sendiri (Spiegler & Guevremont, 2003). Terapis dan individu berkolaborasi untuk mengidentifikasi, *dysfunctional beliefs*, individu dan menantang validitasnya. Terapis melakukan *socratic dialogue* dalam proses rekognisi terhadap *dysfunctional beliefs* tersebut, dengan serangkaian pertanyaan serta mengarahkan individu agar dapat merekognisi adanya *dysfunctional beliefs* dan *automatic thought*. Selanjutnya untuk melengkapi proses pemulihan subyek, diminta membuat rencana kegiatan harian bertujuan memperbaiki lingkaran masalah mulai dari merencanakan kegiatan yang dilakukan individu sehari-hari.

Rector (2010), saat orang depresi terlibat suatu kegiatan, cenderung melaporkan lebih sedikit kesenangan daripada yang sebenarnya dirasakan pada saat melakukan kegiatan tersebut. Dengan mencatat kegiatan membantu mengenali dan mendapatkan lebih banyak kesenangan dan penguasaan dari melakukan sesuatu daripada tidak melakukannya. Secara sederhana melakukan berbagai hal, bahkan hal-hal kecil, dapat membantu merasa lebih baik.

Setelah terapi REBT secara bertahap subyek mengalami perubahan perilaku ke arah yang lebih baik seperti kurang minat melakukan kegiatan menjadi antusias mengikuti kegiatan, perilaku sulit tidur mulai dikendalikan menjadi waktu tidur normal, perilaku keragu/tidakyakinan menjadi sikap optimis, kehilangan kesenangan positif menjadi menemukan kesenangan positif, perasaan bersalah berlebihan menjadi bersalah sewajarnya. Hasil ini didukung melalui BDI-II *pre-test* dan *post-test* mengalami penurunan depresi, semula garis batas depresi berat menurun menjadi wajar/normal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Beck, Aaron. T., Brad, A. Alford. (2009). *Depression : Causes and Treatment: 2nd edition*. Pennsylvania : University of Pennsylvania Press.
- Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. (2016). <https://beckinstitute.org/get-informed/what-is-cognitive-therapy/>
- Bradford, T. Winslow. (2013). *Methamphetamine Abuse*. Swedish Medical Center Family Medicine Residency, Littleton, Colorado.
- Davison, Gerald C., Neale, Jhon M., Kring, Ann M. (2014). Psikologi Abnormal Edisi ke-9. Terjemahan bahasa Indonesia. Jakarta : Rajawali Pers.
- Erford, Bradley T. (2015). *40 Teknik Yang Harus Diketahui Setiap Konselor*. Edisi Kedua Terjemahan. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Hawari, Dadang. (2006). *Penyalahgunaan dan ketergantungan NAZA (Narkotika, alkohol, dan zat adiktif)*. Edisi kedua. Jakarta : Balai penerbit FK UI.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1991). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences and Clinical psychiatry* (ed. Ke-6.). Baltimore, MD: William & Wilkins.
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2000). *Foundations of behavioral research*. Melbourne: Thompson Learning.
- Krauss, Susan. (2009). *Psikologi Abnormal*. Jakarta : Salemba Humanika.
- Marnath, Gary Groth. (2010). *Handbook of Psychological Assessment*. Edisi Kelima (Edisi terjemahan). Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- American Journal of Psychotherapy*. 54, issue 2.
- Nevid, Jeffrey, Rathus, Spencer A, Greene, Beverly. (2005). *Psikologi Abnormal/Edisi Kelima/Jilid 1*. Jakarta: PT. Gelora Aksara Pratama.

Sarwono, Sarlito W. 2010. *Sack Sentences Completion Test (Test)*. Materi Kuliah Program P4JM F.Psi UPI YAI. Jakarta.

World Health Organization. (2010). *Depression, World Health Organization*, available from <http://library.who.edu.au/~stthomas/papers/perseff.html>.